

# Autorización para Tratamiento de Emergencia

## Información del niño

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Alergias del niño (si las tiene): \_\_\_\_\_

Médico del niño: \_\_\_\_\_ número telefónico \_\_\_\_\_

Médico de la familia: \_\_\_\_\_ número telefónico \_\_\_\_\_

Medicinas que el niño este tomando: \_\_\_\_\_

Ultima vacuna contra el tétanos: \_\_\_\_\_

Remarcable historial médico (ejemplo: diabetes, enfermedad del corazón, etc.):

## Información del Seguro Médico

Compañía de seguro: \_\_\_\_\_

Identificación/número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo del asegurado y número telefónico: \_\_\_\_\_  
\*\*\*\*\*

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para

\_\_\_\_\_  
(Nombre del padre)

\_\_\_\_\_  
(Nombre del proveedor)

que mi niño obtenga atención médica profesional en caso de que ocurriera una emergencia y no se me pudiera localizar inmediatamente. Estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad financiera por el costo de toda atención médica requerida.

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre o Apoderado**

Todos los padres y apoderados son responsables por mantener este formulario de consentimiento ya que el hospital no puede mantenerlo.